

Gracias por su interés en el servicio de paratránsito Merrimack Valley Transit (MeVa), conocido como Mini MeVa. El servicio de Mini MeVa es un servicio de puerta a puerta para las personas que no pueden utilizar el sistema de autobús público de la MeVa. Está diseñado para complementar el sistema de autobuses de ruta fija de MeVa y para satisfacer las necesidades de las personas que cumplen con la definición de elegibilidad, según la Ley ADA, en las siguientes comunidades: Andover, Amesbury, Haverhill, Lawrence, Merrimac, Methuen, Newburyport, y North Andover. Mini MeVa también ofrece servicio de No-ADA a las personas mayores de 60 años que residan en las comunidades mencionadas anteriormente.

Las dos categorías de elegibilidad de Mini MeVa se definen así:

> *Elegibles según la ley ADA* - deben ser certificados a través de criterios establecidos en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), como una persona con una discapacidad y cuya deficiencia les impide utilizar el sistema de autobuses de ruta fija de MeVa.
>
> *Elegibles fuera de la ley ADA (No-ADA) -* deben tener al menos 60 años de edad y residir en una de las comunidades mencionadas anteriormente.

Mini MeVa es un servicio de "transporte compartido" destinado a acomodar la mayor cantidad posible de pasajeros por viaje de manera segura y eficiente. El servicio es ofrecido por vehículos equipados con elevadores para sillas de ruedas, minibuses y automóviles no equipados con ascensor para sillas de ruedas. Los individuos que utilice un dispositivo de tres ruedas (silla amigo) o cualquier silla de ruedas no estándar, que no pueden ser aseguradas correctamente, se le sugiere (pero no es obligatorio), que, por su seguridad, se transfiera a un asiento del vehículo. Los conductores podrán asistir a los pasajeros dentro y fuera del vehículo según sea necesario, pero no se les permite asistir a los pasajeros subir o bajar escaleras, ir más allá de cualquier entrada o perder de vista el vehículo en ningún momento.

Adjunto encontrará una aplicación de elegibilidad. Una vez que la solicitud este completa, favor enviarla a:

Merrimack Valley Transit
Mini MeVa
85 Railroad Avenue
Haverhill, MA 01835

MeVa procesará su aplicación en un plazo de 21 días a partir de ser recibida. Las aplicaciones incompletas serán devueltas lo cual retrasará el proceso de la misma. Si MeVa determina que no son elegibles para el servicio completo bajo las regulaciones de ADA, usted tiene derecho a una audiencia. Se envía una copia del procedimiento de apelación con cada carta de descalificación o calificación condicional.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud o si tiene alguna pregunta sobre los requisitos de la ADA, no dude en llamar al (978) 469-6878 y seleccionar la opción # 3 del menú cuando se le solicite. Esta aplicación también está disponible en letra grande y otros formatos accesibles con previa solicitud.

MeVa
85 Railroad Ave.
Haverhill, MA 01835

978-469-6878
(Seleccionar la opción #3)

www.MeVatransit.com

MiniMeva Y ADA Paratránsito Formulario de Solicitud de elegibilidad

MeVa use only:
ID#:
Date:

- ☐ New Applicant
- ☐ Upgrade Appl.
- ☐ 3-yr Recert.
- ☐ Customer Requested Recertification

- - - FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE - - -

PARTE A (Esta parte debe ser completada por todos los solicitantes)

Nombre ______________________ Inicial segundo nombre __________

Apellido ______________________

Dirección ______________________ Apt# __________

Dirección postal (si es diferente)______________________

Ciudad ______________ Estado_____ Código postal __________

Tel. de casa ______________ Número de celular______________

Correo electrónico ______________________

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ___/___/_____ Circule uno: Masculino / Femenino

Provea nombre y número telefónico de una persona a la que podamos llamar en caso de emergencia:
Nombre:______________________

Relación:______________ Número de telefónico______________

* Favor, incluya en un papel por aparte cualquier otra información o contacto de emergencia que sea importante.

¿Tiene alguna discapacidad o problema de salud que a veces le impida utilizar los autobuses de ruta fija de MeVa?

☐ NO, estoy solicitando Mini MeVa sólo basado en mi edad (60 años o más).
ADJUNTE UNA COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN DE PRUEBA DE SU EDAD (documento oficial de identidad). PARE AQUÍ.
No es necesario que complete las PARTES B y C. Devuelva este formulario a MeVa a la dirección indicada más arriba para poder optar al servicio Mini MeVa No-ADA.

☐ SI, estoy solicitando "Elegibilidad de Paratránsito bajo las regulaciones ADA." Complete las partes B y C a continuación.

PARTE B

Esta parte sólo necesita ser completada si usted tiene una discapacidad o condición de salud que le impide utilizar a veces o siempre el servicio de autobús de ruta fija de MeVa. Las personas que completen esta sección serán consideradas para "Elegibilidad de Paratránsito bajo las regulaciones ADA". La información sobre su discapacidad o estado de salud se mantendrá estrictamente confidencial dentro de los límites de la ley y sólo se compartirá con el Oficial de Apelaciones de la ADA en caso de que usted apele su determinación de elegibilidad.

Tenga presente que no podrá beneficiarse de este servicio si su discapacidad o estado de salud sólo hace que le resulte incómodo o más difícil utilizar el servicio regular de autobuses de ruta fija. Además, debe saber que todos los autobuses de ruta fija de MeVa son accesibles para personas con discapacidad y que cada autobús está equipado con rampa para sillas de ruedas, un sistema de aviso de parada y "rodillero" el cual baja el escalón frontal. Si puede utilizar los autobuses regulares de ruta fija de MeVa, pero prefiere utilizar el servicio de furgoneta, no puede optar a este servicio.

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para utilizar los Servicios de Paratránsito bajo las regulaciones de ADA. Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento y entendimiento. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en una revisión de mi elegibilidad y la posible pérdida de los Servicios de Paratránsito ADA.

Acepto notificar a Merrimack Valley Transit (MeVa) si ya no necesito utilizar los Servicios de Paratránsito ADA.

____ Fecha: ________________

(Firma del solicitante o de la persona responsable)

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su capacidad de utilizar el servicio regular de ruta fija de MeVa?

☐ Puedo utilizar los autobuses regulares de ruta fija para algunos viajes, pero mi discapacidad o condición de salud me impiden a veces utilizar los autobuses.

Por favor explique el por que ____

____

____

☐ Nunca puedo utilizar el servicio regular de autobús de ruta fija MeVa debido a mi discapacidad o condición de salud.

Por favor explique el por que ____

____

____

☐ No estoy seguro de poder utilizar los autobuses de rutas fijas regulares de MeVa.

Por favor explique el por que ______________________________

____

____

2. **¿Cómo le impide su discapacidad o condición de salud utilizar el servicio de ruta fijade MeVa? Por favor, explique por completo. Utilice hojas adicionales si es necesario.**

____

____

3. **¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas o equipos de movilidad? (Marque todas las que apliquen)**

☐ Silla de Ruedas Manual ☐ Silla de ruedas eléctricas ☐ Ciclomotor Eléctrico

☐ Bastón ☐ Andador ☐ Muletas

☐ Dispositivo Protésicos/ aparatos ortopédicos ☐ Respirador/Oxigeno

☐ Animal de servicio (describir): ______________________________

☐ Otros (especificar): ______________________________

☐ No, yo no uso ninguna ayuda o equipos de movilidad

4. **Sin la ayuda de otra persona puede...**

¿Solicitar y entender las instrucciones escritas o habladas? ¿En cualquier idioma?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

¿Cruzar las calles e intersecciones?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

¿Subir y bajar de una acera desde el borde?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

¿Estar parado(a) por 15 minutos, si no hay lugar donde sentarse?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

¿Encontrar su camino a una ruta de autobús si alguien le muestra el camino una vez?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

¿Identificar el autobús de ruta fija, y sabe cómo detenerlo usando la señal de mano para que se detenga?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

¿Pararse en un autobús sosteniéndose de la barandilla mientras está en movimiento?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

¿Transferirse de un autobús de ruta fija a otro?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro

5. **<u>En las mejores condiciones</u>, ¿qué es lo más lejos que puede caminar (o se desplaza con ayuda de un dispositivo de movilidad) y sin la ayuda de otra persona?**

☐ Menos de 1 cuadra ☐ 1 bloque (1/8 de milla) ☐ 2 bloques (1/4 de milla)
☐ 4 bloques (1/2 de milla) ☐ 6 bloques (3/4 de milla) ☐ Más de 6 bloques
☐ No puedo caminar solo al aire libre en absoluto

6. **¿Se le impide desplazarse al aire libre en determinadas condiciones meteorológicas debido a su discapacidad??**

☐ No ☐ Si (Por favor explique)____

____

7. **¿Hay algo más que quiera decirnos sobre tu discapacidad o estado de salud que pueda ayudarnos a comprender mejor tus capacidades y limitaciones para desplazarse?**

☐ No ☐ Si (Por favor explique)____

____

Autorización para divulgar Información

□ Autorizo al profesional que ha llenado la PARTE C de esta solicitud a divulgar información sobre mi discapacidad o estado de salud y su efecto sobre mi capacidad para viajar en el servicio de autobús de ruta fija de MeVa. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que se revoque antes, este formulario permitirá al profesional que rellene la PARTE C divulgar la información descrita hasta 60 días a partir de la fecha indicada a continuación. Entiendo que toda la información médica, que se proporcione, sobre mi discapacidad o condición de salud se mantendrá estrictamente confidencial dentro de los límites de la ley.

____ Fecha:________________

(Firma del solicitante o de la persona responsable)

* * * IR A LA PARTE C * * *

PARTE C

Un profesional de atención médi1ca autorizado o certificado que pueda verificar su discapacidad, estado de salud y comprenda sus capacidades funcionales debe completar esta parte del formulario*. Esta parte sólo tiene que ser completada si usted está solicitando "Servicios de Paratránsito ADA".* Ejemplos de profesionales de la salud que deben completar esta parte incluyen:

Médico (M.D. o D.O.)	Oftalmólogo	Instructor de Orientación y Movilidad
Terapeuta físico	Psiquiatra	Especialista en vida independiente
Terapeuta Ocupacional	Psicólogo	Trabajador Social Clínico
Enfermera	Consejero / Especialista en Rehabilitación	

Estimado profesional de atención médica autorizado o certificado:

Se le pide que proporcione información sobre la discapacidad o el estado de salud y la capacidad funcional del solicitante como respaldo de su solicitud para ser considerado para el "Servicios de Paratránsito ADA". Como exige la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, MeVa proporciona servicio (Servicios de Paratránsito ADA) a las personas con discapacidad que, debido a su discapacidad o estado de salud, no pueden utilizar el sistema regular de autobuses de ruta fija de MeVa.

La ley federal especifica quién deben ser considerado elegible para este servicio.

La ley federal también exige que el MeVa deba limitar estrictamente la elegibilidad de las personas que cumplan con los criterios federales de elegibilidad. El estricto cumplimiento de las normas federales para elegibilidad es importante para garantizar que el servicio se pueda proporcionar plenamente a las personas que verdaderamente necesitan el servicio. Los individuos serán considerados par el servicio paratránsito ADA si, a causa de su discapacidad o estado de salud:

- No pueden abordar, viajar o desembarcar el autobús de ruta fija regular de MeVa; o
- Tienen alguna condición relacionada por deterioro específico que les impide obtener hacia o partir de una ruta fija de autobús.

Tenga presente que no podrá beneficiarse de este servicio si su discapacidad o estado de salud sólo hace que le resulte incómodo o más difícil utilizar el servicio regular de autobuses de ruta fija. Además, debe saber que todos los autobuses de ruta fija de MeVa son accesibles para personas con discapacidad y que cada autobús está equipado con rampa para sillas de ruedas, un sistema de aviso de parada y "rodillero" el cual baja el escalón frontal.

La aplicación debe ser llenada completamente. Si la aplicación no está completa, será devuelta, lo que retrasará el proceso de hacer una determinación final.

En la página anterior, el solicitante deberá haber firmado "una autorización para la divulgación de información". Tenga presente que toda la información relativa a la discapacidad y el estado de salud del solicitante será tratada de forma estrictamente confidencial por MeVa en la mayor medida permitida por la ley.

Gracias por su ayuda en proporcionar información vital necesaria para determinar la

elegibilidad para este importante servicio. No dude en llamar a Mini MeVa en cualquier momento (978-469-6878, opción # 3) si tiene alguna pregunta sobre el servicio o este formulario de aplicación.

1. **Nombre del solicitante:** ______________________________

2. **Capacidad en la que conoce al solicitante:** ______________________________

3. **¿Cuándo fue el solicitante tratado o atendido por última vez por usted?** ______________

4. **En promedio, ¿con qué frecuencia ve usted al solicitante?** ______________________

5. **Por favor, marque todas las discapacidades o condiciones de salud, que podrían poner en peligro la capacidad del solicitante para viajar en autobuses regulares de ruta fija:**

Neuromuscular:
- ☐ Parálisis cerebral
- ☐ Distrofia muscular
- ☐ Enfermedad de Parkinson
- ☐ Artritis
- ☐ Apoplejía /Traumatismo Cerebral
- ☐ Cuadriplejía
- ☐ Esclerosis Múltiple
- ☐ Paraplejía
- ☐ Otros:

Cardiovascular:
- ☐ Arterosclerosis
- ☐ Fibrosis Quística
- ☐ Enfisema
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ La enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- ☐ La enfermedad vascular periférica
- ☐ Trombosis (crónica)
- ☐ Asma
- ☐ Infarto al miocardio
- ☐ Otros:

Ortopedia / Medicina General:
- ☐ Reemplazo de articulaciones (especificar)
- ☐ La pérdida extremidades (especificar)
- ☐ Hueso fracturado (especificar)
- ☐ SIDA
- ☐ Diabetes (severo)
- ☐ Lupus
- ☐ Cáncer
- ☐ Epilepsia (severo)
- ☐ Enfermedad renal / Diálisis
- ☐ Otros:

Cognitivo / Psicológico:
- ☐ Enfermedad de Alzheimer
- ☐ Demencia
- ☐ Discapacidad intelectual
- ☐ Fobia
- ☐ Autismo
- ☐ Traumatismo craneoencefálico
- ☐ Trastorno de pánico
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Otros:

OIDO Marque todas las que correspondan	Un oído	Ambos oídos
Sordera parcial		
Sordera total		
VISION Marque todas las que correspondan	Un ojo	Ambos ojos
Cataratas		
Ceguera cortical		
Glaucoma (todos los tipos)		
Degeneración macular		
Desprendimiento de retina		

Retinopatía		
Ceguera legal		
Ceguera total		
Otros:		

6. **¿Es la condición del solicitante temporal?** ☐ **Sí** ☐ **No**
   En caso afirmativo, la duración prevista es de _____ meses

7. **En su opinión profesional, ¿es capaz el solicitante de?:**
   - Desplazarse 2 cuadras de nivel (1/4 de milla) sin ayuda ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
   - Desplazarse 6 cuadras de nivel (3/4 de milla) sin ayuda ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
   - Desplazarse desde / hacia rutas de autobús cuando hay nieve o hielo ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
   - Tratar de subir colinas de inclinación moderada ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
   - Cruzar de forma segura las calles y las intersecciones ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
   - Permanecer parado(a) durante 15 minutos, si no hay donde sentarse ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
   - Solicitar, comprender y seguir instrucciones ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
   - Reconocer un destino o punto de referencia ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
   - Afrontar situaciones inesperadas o cambios en la rutina ☐ Si ☐ No ☐ A veces

Si ha respondido "A veces" a alguna de estas preguntas, explique el por qué

____

____

____

____

8. **¿Cambian las capacidades funcionales del solicitante para desplazarse debido a tratamientos médicos, medicamentos, condiciones ambientales (calor, humedad, frío, hielo y nieve) u otros factores relacionados?**

   ☐ No

   ☐ Sí (explique): ____

   ____

   ____

9. **¿Se puede dejar al solicitante sin vigilancia en el lugar donde se le recoge o se le deja?**

   ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

10. ¿Existe otra información sobre la capacidad funcional del solicitante, que sería importante que conociéramos a la hora de considerar su capacidad para ir o venir y utilizar el servicio regular de autobús de ruta fija?

☐ No

☐ Sí (explique): ____

____

____

Nombre y el título del profesional: ______________________________

Licencia, registro o número de certificado ______________________

Firma: ____

Nombre de empresa o agencia: ____________________________________

Dirección: ____

Número de teléfono: ____________________ Número de fax: ____________